
Psykiatrisk epidemiologi

Epidemiologien har sin bakgrunn i infeksjonsmedisinen. Med økt kontroll over infeksjonssykdommene, rettet epidemiologisk forskning seg mot andre folkesykdommer. De siste 50 årene har en rekke store epidemiologiske studier blitt gjennomført. De er utløst av skjellsettende begivenheter som andre verdenskrig, og av store endringer i sykdomspanoramaet. Av spesiell betydning var den dramatiske økningen av hjerte-karsykdom i USA etter krigen, som førte til omfattende kartlegging av utbredelsen av sykdommen, bl.a. ble Framingham Heart Study påbegynt allerede i 1949. Andre studier fulgte i flere vestlige land, der hensikten var å identifisere risikofaktorer for hjerte-karsykdommer og studere endringer i sykkelighet og dødelighet over tid. Kreftepidemiologi ble også et viktig forskningsfelt der tobakksrøyking som sentral etiologisk faktor ved lungekreft, har vakt størst oppmerksomhet. Studiene her har også klart vist at krefthyppigheten varierer enormt geografisk, en variasjon som i store trekk må tilskrives miljøfaktorer. Man innså også at de psykiske lidelsene hørte til de sentrale folkehelseproblemer. Derfor ble det også innen psykiatrien satt i gang storstilte undersøkelser. De to største prosjektene var Midtown Manhattan studien fra New York og Stirling County undersøkelsen fra Newfoundland. Den første viste klart hvordan psykiske lidelser var knyttet til sosial klasse, og den siste hvordan samfunnets sosiale integrasjon hadde betydning for psykisk helse.

Den psykiatriske epidemiologien var tidligere særlig opptatt av alvorlige sinnslidelser og baserte oftest sine undersøkelser på innlagte pasienter. Ørnulv Ødegaard publiserte allerede fra 1930-årene en rekke arbeider internasjonalt der han bl.a. bygget på data fra Psykoseregisteret som Helsedirektoratet opprettet i 1936 på Ødegaards initiativ med han som bestyrer. Hans funn ga et godt bilde av forekomsten av alvorlige sinnslidelser (psykososer) siden de fleste personer med slike diagnoser ble innlagt. Senere har man blitt mer opptatt av lettere psykiske lidelser, som til gjengjeld har stor utbredelse i befolkningen. Alt i alt viser det seg av halvparten av befolkningen vil få en diagnostiserbar psykisk lidelse i løpet av livet. De tre store gruppene er angstlidelser, depresjoner og alkoholmisbruk. Omlag 15% av befolkningen står for det aller meste av den psykiatriske sykkeligheten.

Moderne psykiatrisk epidemiologisk forskning er blitt metodisk og statistisk stadig mer avansert. Likevel står det igjen to sentrale problemer som knytter seg til det faktum at den diagnostiske informasjon hovedsakelig kommer ved subjektiv rapportering uten validering ved mer objektive målinger slik man har det i

somatikken. Det er blitt sagt at den psykiatriske epidemiologis historie er sagaen om å definere et *kasus*. Psykiatere kan nok enes om diagnosen av alvorlig psykopatologi som f.eks. schizofreni, men det er langt vanskeligere å enes om avgrensningen av lettere psykiske lidelser. Det er her flytende overganger fra det normale til det sykelige og flytende overganger fra lettere angst til depresjon og forskjellige personlighetsforstyrrelser. Denne mangelen på diagnostisk presisjon får særlig betydning for visse forskningsmessige tilnærminger, som arvelighetsstudier og molekylærgenetikk. På den andre siden vil andre forskningsretninger, også innen epidemiologi, kunne være bedre tjent med definisjoner og avgrensninger av psykiske lidelser som ikke er så nær knyttet opp til tenkningen i somatisk medisin, og som bedre gjenspeiler psykososiale forhold. Praktiske formål vil også kunne være av betydning for psykiatrisk diagnostikk. Psykiatrisk behandling er ikke nødvendigvis tjent med den samme inndeling som administrativ psykiatri. Disse spørsmål tas opp til nærmere drøftning i en egen artikkel om det psykiatriske sykdomsbegrep i dette tidsskrift.

Det andre sentrale spørsmålet dreier seg om *datakvalitet*. Mange av de tidligere epidemiologiske studiene ble utført av psykiatere som også var erfarne klinikere. Deres personlige vurderinger sammen med nøkkelinformasjon fra nær familie og andre informanter tilførte selvsagt verdifulle kvaliteter. I dag betoner forskningen heller at intervjuerne må være blinde både for personlig kjennskap og de psykiatriske diagnosene. Dette, samt økonomiske forhold ved store studier, gjør at lekfolk nå foretrekkes som intervjuere. De bruker standardiserte, strukturerte intervjueskjema på for dem helt ukjente mennesker som de bare treffer et par timer en enkelt gang. Det er nærliggende å tro at vi ved denne metoden mister verdifull informasjon som den kliniske metoden fanger opp. Egentlig burde de to metodene supplere hverandre.

Norge og de øvrige nordiske land står i en særstilling internasjonalt innen epidemiologi. Vi har en relativt homogen befolkning som, sammenlignet med spesielt USA, flytter lite. Ikke bare har vi pålitelige folkeregistre, men helseregistre, strafferegister, og tvillingregister som andre land misunner oss. Det påligger oss derfor et stort forskningsmessig ansvar for å utnytte disse fortrinn.

Norsk psykiatrisk epidemiologi omfatter en rekke miljøer, hvorav flere holder høy internasjonal standard. Hensikten med dette temanummeret av Norsk Epidemiologi er todelt. Dels ønsker vi å gi eksempler på konkrete prosjekter, som stort sett springer ut fra

etablerte forskningsmiljøer, dels ønsker vi å presentere nyere miljøer. Innledningsvis gir nummeret en oversikt over utviklingen av psykiatrisk epidemiologi i Norge og andre deler av verden. Vi finner studier av både barn og voksne, og undersøkelser av forskjellig patologi fra selvmordforsøk til depresjon og rusmisbruk. Alt i alt mener vi at disse artiklene gir et godt bilde av den psykiatriske sykeligheten i befolkningen og hvordan ulike miljøer bruker ulike tilnærminger og materialer i sin forskning.

Hva så med fremtiden i norsk psykiatrisk epidemiologi? Hvordan skal vi utnytte den særstillingen vi har på beste måte? En viktig utfordring, som påpekt av både Forskningsrådet og Folkehelseinstituttet, er å styrke den internasjonale slagkraften bl.a. gjennom nettverksbygging og samling av kompetanse.

Vi vil takke bidragsyterne og referees for god innsats. En spesiell takk til redaktør Trond Peder Flaten for god koordinering.

Gjesteredaktører

Odd Steffen Dalgard

Institutt for allmenntmedisin og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
o.s.dalgard@samfunnsmedisin.uio.no

Einar Kringlen

Psykiatrisk institutt, Vinderen
Universitetet i Oslo
einar.kringlen@psykiatri.uio.no

Alv A. Dahl

Klinikk for psykiatri, Aker universitetssykehus
Universitetet i Oslo
a.a.dahl@psykiatri.uio.no